

**CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE AI FINI DELL'AUTORIZZAZIONE A POTER
PARTECIPARE ALLA GITA PER GLI ANZIANI ORGANIZZATA DAL COMUNE DI VILLA LITERNO**

VILLA LITERNO, LI _ / _ / _

SI CERTIFICA CHE

Il Sig......

nato a **il**/...../.....

ivi residente in via **n.**

sulla base della visita medica da me effettuata, non presenta controindicazioni in atto alla partecipazione della gita organizzata dal comune di Villa Literno, quindi è idoneo fisicamente

Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

Dott. _____